

Mari Kemppainen

Potilasohjauksen laatu neurologian poliklinikalla potilaiden arvioimana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Sosiaali- ja terveysalan

kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

5.12.2015

| | |
|---|---|
| Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika | Mari Kemppainen Potilasohjauksen laatu neurologian poliklinikalla potilaiden arvioimana 41 sivua + liite 1 5.12.2015 |
| Tutkinto | Ylempi ammattikorkeakoulututkinto |
| Koulutusohjelma | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen |
| Ohjaaja | Lehtori Jukka Kesänen |
| <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasohjauksen laatua potilaiden arvioimana. Potilasohjaus on ajankohtainen hoitotyön auttamiskeino, sillä hoitoaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat ottamaan itse yhä enemmän vastuuta hoidostaan. Potilasohjaus lisää potilaiden terveysongelmiin liittyvää tietoa, edesauttaa itsehoitoa ja siten parantaa elämänhallintaa.</p> <p>Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen laatua neurologian poliklinikan potilaiden (n = 100) arvioimana. Ohjauksen laatua tarkasteltiin ohjauksen resurssien, riittävyyden, toteutuksen ja vaikutuksen näkökulmasta. Vastausprosentti oli 35%. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin.</p> <p>Tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun. Potilaat olivat tyytyväisiä potilasohjauksen resursseihin, riittävyyteen, toteutukseen ja vaikuttavuuteen. Potilaat arvioivat hoitohenkilöstön tiedot ja taidot hyviksi ja asenteet potilasohjaukselta kohtaan olivat myönteiset. Internetin ja videoiden käyttö ohjauksen tukena oli vähäistä. Osa vastanneista koki myös että tunteiden huomioiminen ja mahdollisen stressin tunnistaminen oli osin riittämätöntä. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen ohjaustilanteessa ei aina toteutunut. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilasohjausta neurologian poliklinikalla.</p> | |
| Avainsanat | Potilasohjauksen laatu, neurologinen potilas |

| | |
|---|---|
| Author(s) Title Number of Pages Date | Mari Kemppainen The quality of patient counseling in the neurology outpatient clinic evaluated by patients 41 pages + appendix 1 5.12.2015 |
| Degree | Masters' Degree |
| Degree Programme | Master degree Programme in Development and Leadership in Health care and Social Services |
| Instructor(s) | Jukka Kesänen lecturer |
| <p>Purpose of this study was to describe quality of patient counseling from the perspective of patients.</p> <p>Patient counseling is topical care gratuity at the moment, because hospital stays are short and patients have to take more responsibility of their own care. Patient counseling improves chronically ill patients' life and the management of chronic diseases. Quality patient counseling is able to consolidate patients life control and self-care and augment their information of disease. The quality of patient counseling was viewed by its resources, sufficient, implementation and influence.</p> <p>The data was collected using a structured questionnaire. The Questionnaire was answered by 35 patients. The quantitative data was analyzed with SPSS software and the qualitative material by the content analysis. According to the results, patients were content with the quality of the counseling they had received. They were satisfied about patient counseling sufficiency, resources, implementation and impacts. Their opinion was that nursing staff have a good knowledge and skills and attitudes towards patient counseling. There was minimum use of internet and videofeed during the counseling. Some of the patients felt that their feelings and possible stress was unnoticed during the counseling. During the counseling giving and receiving the feedback wasn't always succesful.</p> <p>The results of this study can be utilized whilst developing patient counseling within ambulatory care.</p> | |
| Keywords | patient counseling, quality, neurological patient |

Sisällys

| | |
|---|----|
| 1. Johdanto | 1 |
| 2. Potilasohjaus | 2 |
| 2.1 Neurologisen potilaan ohjauksen erityispiirteet | 5 |
| 2.2 Hypoteettinen malli ohjauksen laadusta | 7 |
| 3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 9 |
| 4. Tutkimuksen toteutus | 9 |
| 4.1 Potilasohjauksen laatu – mittari | 10 |
| 4.2 Aineiston analysointi | 11 |
| 5. Tutkimustulokset | 13 |
| 5.1 Taustatiedot | 13 |
| 5.2 Ohjauksen laatu | 15 |
| 5.2.1 Ohjauksen resurssit | 15 |
| 5.2.2 Ohjauksen riittävyys | 16 |
| 5.2.3 Ohjauksen toteutus | 18 |
| 5.2.4 Ohjauksen vaikutukset | 21 |
| 5.2.5 Ohjauksen kokonaisarvio | 22 |
| 5.3 Kehittämisehdotukset | 23 |
| 6. Tutkimuksen eettiset näkökohdat | 24 |
| 7. Tutkimuksen luotettavuus | 25 |
| 8. Pohdinta | 27 |
| Lähteet | |
| Liite 1. Saatekirje | |

1 Johdanto

Potilasohjaus on terveydenhuollon palvelujärjestelmässä keskeinen ja ajankohtainen kehittämisen alue (Lipponen 2011: 19; Johansson - Lehtikunnas – Leino-Kilpi - Salanterä – Ahonen – Elomaa - Iire - Moisander - Paltta - Pietilä - Pulkkinen 2001: 54 - 55). Terveydenhuollossa eletään murrosvaihetta ja toiminnan tehostaminen on yksi tämän päivän haasteista. (Lipponen 2014: 17). Potilaiden muuttuneet odotukset ja tottumukset, ikärakenteen muutokset, väestön monikulttuuristuminen ja terveydenhuollon kustannusten kasvu haastavat potilasohjauksen kehittämiseen. Lisäksi terveydenhuollon rakennemuutos, avohoidon painottaminen sekä ohjausvastuun jakautuminen yli organisaatorajojen haastaa potilasohjauk käytäntöjen ja ohjausosaamisen kehittämiseen. (Lipponen 2011: 2.) Pitkääikaissairaiden määrä lisääntyy ja samalla terveydenhuollossa käytettävät resurssit vähenevät. Tulevaisuudessa pitkäaikaissairaiden vastuunotto omasta hoidostaan tulee kasvamaan. (Kaakinen, 2013.)

Lyhentyneet sairaalassa oloajat ovat tuoneet uusia vaatimuksia potilasohjaukseen. Tulevaisuudessa on yhä enemmän kiinnitettävä huomiota hoidon ja ohjauksen yhdenmukaisuuteen, oikea-aikaisuuteen ja saumattomuuteen. (Johansson ym. 2001: 1; Kyngäs - Kukkurainen - Mäkeläinen 2004; Leino-Kilpi ym. 2012: 8; Lipponen 2011: 2; Suhonen - Österberg - Välimäki 2004.) Potilaiden tiedot terveyteen liittyvistä asioista ovat lisääntyneet (Leino-Kilpi - Kilpi 2012: 8; Johansson ym. 2001: 1; Lipponen 2011: 2). Potilaiden terveysorientaation vahvistumisen voidaankin katsoa edellyttävän panostamista hoitotyön toimintoihin, jotka perustuvat potilaan aktiiviseen osallistumiseen (Kääriäinen 2007: 19). Sairastuessaan potilaan ohjauksessa korostuvat hoidon sekä sairauden aiheuttamat muutokset potilaan elämässä. Tavoitteena tulisi olla potilaan itsehoitovalmiuksien lisääminen ja kannustaminen vastuunottoon sairauden hoidossa. (Lipponen - Kyngäs - Kääriäinen 2006: 14.)

Poliklinikalla käyvien potilaiden tiedonsaantiin ja ohjaukseen tulee kiinnittää huomiota. Tiedon saannin turvaamiseksi olisi hyvä kehittää menetelmiä, joilla voitaisiin varmistaa tiedon kohdistuminen kunkin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Suhonen ym. 2004: 25.) Potilasohjauksesta tiedetään olevan hyötyä pitkäaikaissairaiden asenteisiin ja itsehoitoon. Sen katsotaan vahvistavan potilaan sitoutumista hoitoon sekä lisäävän potilaan emotionaalista hyvinvointia. (Kaakinen 2013.) Potilasohjaus mahdollistaa potilaan terveyden edistämisen ja näin ollen kansantalouden säästöt (Kääriäinen 2007: 134). Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaan näkökulmasta potilasohjauksen laatua neurologian poliklinikalla. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa potilasohjauksen kehittämisen tueksi ajanvarauspoliklinikalla.

2 Potilasohjaus

Ohjaus on monitahoinen ilmiö, joka esiintyy rinnakkain ja synonyyminä neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa (Kääriäinen - Kyngäs 2005a). Ohjaus on määritelty muun muassa tiedon antamiseksi, potilaan auttamiseksi valintojen tekemisessä tai hoitotyön toiminnoiksi (Kääriäinen 2007: 28). Kääriäisen ja Kynkään 2005 käsiteanalyysin mukaan ohjaus tarkoittaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen sisällön ja tavoitteiden katsotaan määräytyvän kontekstin mukaan ja rakentuvan ohjaussuhteessa. Ohjauksen ennakkoehtoina nähdään ohjaajan ammatillinen vastuu, johon kuuluvat työn filosofinen ja eettinen pohdinta sekä ohjausvalmiudet. Ohjauksen seurauksiksi voidaan nimetä oppiminen, voimaantuminen, itseohjautuvuuden kasvu, terveyden edistäminen sekä kansantalouden säästöt. (Kääriäinen ym. 2005a.)

Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamiskeino (Lipponen 2014: 17). Kaikissa potilaan hoidon vaiheissa tulisi tapahtua ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia (Lipponen ym. 2006: 11; Kaakinen 2013: 23). Potilasohjauksen

perusta on sosiaali - ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietiikassa, erilaisissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä myös terveys- ja hyvinvointiohjelmissa (Eloranta – Virkki 2011: 11). Laissa määritellään potilaan oikeudesta riittävään potilasohjaukseen. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee antaa tieto potilaalle riittävän ymmärrettävästi potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Potilasohjauksen laatuvaatimukset ovat osittain samoja kuin yleensä palvelujen, mutta näiden palvelujen käyttäjillä on myös aivan erityisiä, jopa hyvin persoonakohtaisia tarpeita ja odotuksia. Hyvien hoidon palveluperusteiden mukaan potilaalla tulee olla esteetön tiedonsaanti omista asioistaan. Terveyspalveluilta voidaan myös odottaa tasavertaista vuorovaikutusta hoitotilanteessa asiakkaan ja ammattihenkilön kesken. Merkityksellistä on se, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa palvelutilanteessa itseään koskeviin päätöksiin. (Kujala 2003: 26 – 27.)

Potilasohjaukseen vaikuttavat työntekijän ohjausvalmiudet sekä toimintayksikkö (Kääriäinen 2007: 134). Toimintaedellytysten tulee olla kunnossa, jotta potilasohjaus onnistuu (Lipponen 2014: 18). Potilasohjaus pohjautuu tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen (Kääriäinen 2008). Ammattilaisten tulee tarjota luotettavaa, näyttöön perustuvaa tietoa ja osattava ohjata potilaita sen valitsemiseen ja arviointiin (Leino-Kilpi ym. 2012: 8).

Tiedon välittämisen lisäksi potilasohjauksessa on keskeistä potilaan osallisuus, kumppanuus, yhteistyö, vuorovaikutus, hoitajan velvollisuus ja ammatillinen vastuu (Kaakinen 2013). Potilaslähtöisyyden tiedostaminen on yksi potilasohjauksen onnistumisen edellytys (Kääriäinen - Kyngäs - Ukkola - Torppa 2005b; Lipponen 2011: 3). Rutiininomaisen ohjauksen välttämiseksi tulisi kiinnittää huomiota ohjaustilanteen yksilöllisyyteen (Isola - Backman - Saarnio - Kääriäinen - Kyngäs 2007; Suhonen 2004). Potilaslähtöisyys edellyttää potilaan taustatekijöiden selvittämistä. Potilaiden taustatekijät vaihtelevat heidän terveydentilansa ja sen muutosten mukaan, tämä tekee ohjaustarpeiden arvioinnista vaativaa. Olennaista on selvittää potilaiden taustatekijät

niin, että niitä voidaan pitää niin ohjauksen sisällöllisen kuin menetelmällisenkin suunnittelun lähtökohtana. (Kääriäinen 2008.) Potilasohjausta suunniteltaessa on olennaista selvittää potilaan elämäntilanne ja mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa (Lipponen 2011: 3), sekä kuinka kauan potilas on sairastanut (Lipponen ym. 2006: 10). On tärkeää saada selkeä kuva potilaan oppimisen tarpeesta sekä siitä mitä hän jo tietää sairaudestaan (Johansson 2006: 31; Lipponen ym. 2006: 16; Suhonen ym. 2004). Lisäksi tulee huomioida vastasairastuneen potilaan mahdollinen kriisivaihe, jolloin hänen vastaanottokykynsä ohjauksen suhteen ei ole paras mahdollinen (Lipponen ym. 2006: 10).

Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa ohjauksen toteutumistapaan, sekä ohjauksen sisältöön (Heino - Suhonen - Leino-Kilpi 2012: 102; Makkonen - Hupli - Suhonen 2010; Johansson ym. 2001: 57; Konsell – Leino-Kilpi 2004: 54; Lipponen ym. 2006: 16). Potilasohjauksen tulisi olla jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa (Lipponen ym. 2006: 11; Kaakinen 2013: 23). Potilasta tulee kohdella aktiivisena ja oman tilanteensa asiantuntijana sekä kunnioittaa hänen tietojaan kokemuksiinsa ja arvojaan (Kääriäinen 2008). Suunnitelmallinen potilasohjaus perustuu potilaan tarpeisiin on vuorovaikutuksellista ja sairauden ennusteeseen liittyvää. Vuorovaikutteinen ohjaus mahdollistaa kysymysten esittämisen ja tunteiden ilmaisun. (Kaakinen 2013: 23.)

Potilasohjaus sisältää tietoa sairauden oireista ja niiden hoidosta, sosiaalisesta tuesta sekä pitkäaikaissairaille tehtävistä tutkimuksista. Lisäksi potilasohjauksen tulee liittyä sairauden ennusteeseen. (Kaakinen 2013.) Ohjaus toteutetaan asianmukaisilla ohjausmenetelmillä ja -materiaaleilla (Kaakinen 2013: 23; Isola ym. 2007) sekä riittävällä resurssoinnilla (Kääriäinen 2008). Potilasohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa ja henkilökunnan pitäisi asennoitua ohjaukseen myönteisesti. Potilasta tulisi tukea osallistumisessa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö tukisi potilaiden yksilöllisiä tapoja omaksua asioita. (Kääriäinen 2005b.) Omaisten huomioiminen on myös keskeistä. Omaiset tarvitsevat ohjausta perheenjäsenen sairastuessa, jotta he voivat ymmärtää sairautta ja sen hoitoa sekä

pystyäkseen tukemaan sairastunutta itsehoidon toteuttamisessa. (Vihijärvi – Koivula – Åstedt - Kurki 2008; Kääriäinen 2005; Makkonen 2010.) Potilasohjauksesta puhuttaessa ollaan tekemisissä kontekstisidonnaisen ja monitahoisen ilmiön kanssa. Ei voida osoittaa yhtä oikeaa tapaa toimia ja kehittää potilasohjausta. (Kääriäinen 2008.)

Potilasohjauksen katsotaan olevan osa asianmukaista ja hyvää hoitoa (Lipponen - Ukkola - Kanste - Kyngäs 2008: 3) se on toteutettu suunnitelmallisesti, vuorovaikutteisesti ja potilaslähtöisesti (Kaakinen 2013). Potilasohjaukseen panostaminen on tärkeää myös potilaan autonomisen elämän edellytysten tukemiseksi (Lipponen ym. 2008: 3). Onnistuessaan ohjauksella voidaan lisätä potilaan edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä ja hoitoonsa, lisäksi potilaiden hoidon laatu paranee ja terveydenhuollon menojen kasvu näin ollen hidastuu (Lipponen 2011: 2, 17). Asianmukainen ja oikein kohdennettu tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja valmistautumaan niihin (Lipponen ym. 2006: 16). Potilasohjauksella tiedetään olevan vaikutusta potilaiden tietoon, asennoitumiseen ja vastuunottoon sairauden hoidosta (Kääriäinen ym. 2005b). Pitkäaikaispotilaiden mahdollisuus selvittää sairautensa kanssa edellyttää riittävää tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä keinoja hyödyntää tietoaan ja taitojaan (Kyngäs - Kukkurainen - Mäkeläinen 2005). Potilasohjaus mahdollistaa lisäksi ohjattavan ja ohjaajan oppimisen ja vahvistaa itseohjautuvuutta sekä edistää potilaan terveyttä (Kääriäinen ym. 2005b). Huomioitavaa on että potilasohjaus on aina sidoksissa potilaan ja hoitajan yksilöllisiin taustatekijöihin, kuten arvoihin, terveydentilaan, sukupuoleen, käyttäytymiseen ja perhetaustaan (Kääriäinen 2008).

2.1 Neurologisen potilaan ohjauksen erityispiirteet

Neurologiset sairaudet muodostavat moninaisen tautiryhmän. Neurologiset sairaudet poikkeavat oireiltaan, hoidoltaan ja ennusteiltaan toisistaan. Potilasohjauksesta vastaavalla hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa hoidettavista tautiryhmistä ja potilaan tiedon tarpeesta. Useat neurologiset sairaudet vaikuttavat myös potilaan kognitiiviseen suoriutumiseen, tämä osaltaan vaikeuttaa potilasohjausta. Jotta potilaalla olisi

mahdollisuus sitoutua pitkäaikaiseen hoitoon potilaan ja hänen omaistensa on tärkeä saada tietoa sairauden taustoista, hoidoista ja selviämisestä arjessa. (Käypä hoito: Parkinsonin tauti, 2015 – Muistisairaudet, 2010 – Epilepsiat, 2014).

Neurologisen potilaan tiedon tarve vaihtelee. Tiedontarpeeseen vaikuttavat neurologinen sairaus, sairauden kesto, potilaiden tarpeet ja aikaisemmat tiedot. Neurologisen potilaanohjauksessa korostuu tieto hoidosta, apuvälineistä ja sosiaalisen tuen muodoista. Neurologinen potilas tarvitsee lisäksi tietoa sairaudesta ja sen oireista, lääkkeiden käytöstä, liikunnasta ja ravitsemuksesta sekä arkipäivän rajoituksista (Käypä hoito: Parkinsonin tauti, 2015 – Muistisairaudet, 2010 – Epilepsiat, 2014; Toljamo - Hentinen - Jämsä - Heikkinen - Hiltunen - Järvimäki 2003; Nylén - Tervonen 2009.) Potilaanohjauksessa tulisi sairauden eri vaiheissa huomioida potilaan ja omaisten tiedon saanti, tukeminen, rohkaisu ja ohjaaminen (Haapaniemi - Leino - Routasalo 2005). Neurologiset sairaudet vaikuttavan usein moneen elämänlaadun osatekijään edellyttäen muutoksia arkipäivään ja monien asioiden huomioimista. Potilaat tarvitsevat tietoa ja tukea selviytyäkseen mahdollisimman hyvin ja pitkään omin avuin jokapäiväisestä elämästä ja sen vaatimuksista. Tässä auttavat fyysisen kunnon ylläpitäminen, vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöönotto ja apuvälineet. Myös psykososiaalisten tekijöiden huomioiminen on tärkeää. (Toljamo ym. 2003; Käypä hoito: Parkinsonin tauti, 2015 – Muistisairaudet, 2010 – Epilepsiat, 2014; Haapaniemi ym. 2005; Nylén ym. 2009.)

Neurologisiin tautiryhmiin sisältyvät muistisairaudet ja dementiaoireyhtymät joiden oireisiin kuuluvat muistin, päättelyn ja toiminnanohjauksen häiriöt. Potilaalla saattaa olla lisäksi kielellisiä häiriöitä, hahmottamisen häiriöitä ja vaikeuksia päivittäisessä suoriutumisessa. (Sulkava 2010.) Ohjaamistilanteiden onnistumisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa auttavat muistisairaahan ohjaamisen periaatteet, hyvät käytännöt ja kognitiivisten toimintakyvyn muutosten huomioon ottaminen vuorovaikutustilanteissa. Kyky vastavuoroisuuteen ja toisen huomioon ottamiseen vähenee usein sairauden edetessä. Kohtaamisen ja kohtelun merkitys vuorovaikutuksessa kasvaa kun potilas ei

enää entisellä tavalla kykene ilmaisemaan itseään ja ymmärtämään toisen tarkoituksia. (Hallikainen - Mökäre - Nukari - Forder 2014: 85 - 86.)

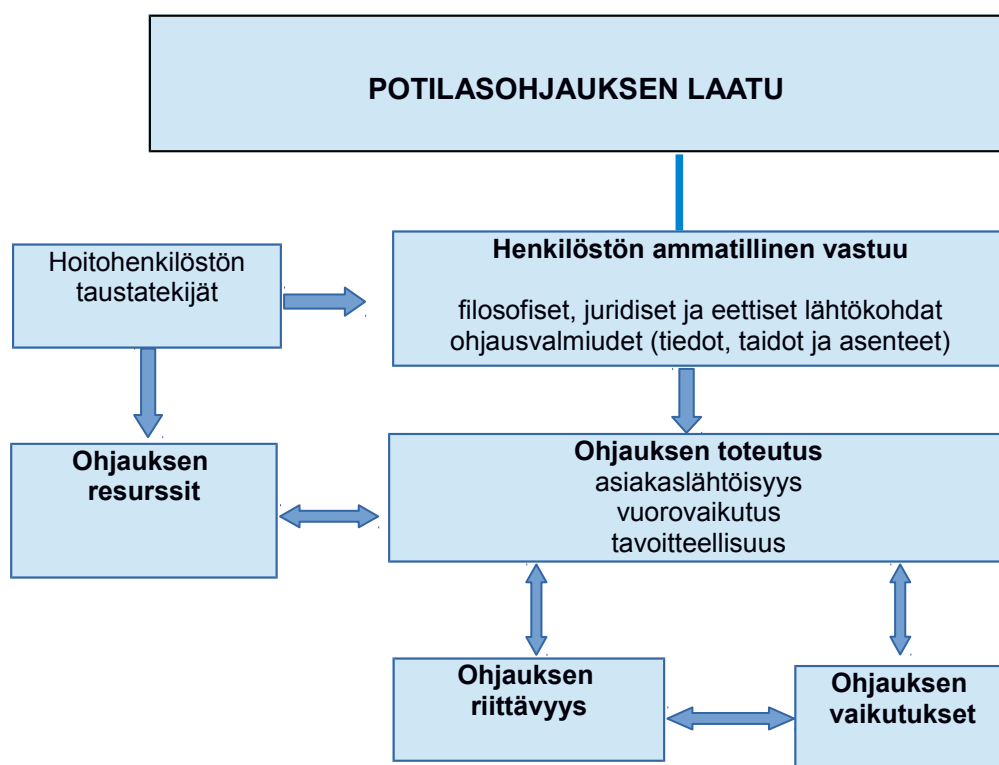
Potilas ja omainen tarvitsevat tukea erityisesti diagnoosin varmistuessa ja tietoa sairauden edetessä. Omainen tarvitsee sairauden edetessä lisääntyvässä määrin tietoa taudin oireista, sen aiheuttamista muutoksista, hoidosta ja arkipäivässä selviytymisestä. Omaisella on usein suuri vastuu siitä, että sairastunut selviää sairautensa kanssa ja voi asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Läheisen kuormittuneisuus potilaan hoidossa on yleistä ja muuttuu lyhyenkin ajan kuluessa. Ohjauksessa tulee huomioida yksilöllisesti läheisen terveys ja jaksaminen potilaan hoidossa. Läheisellä tulee olla riittävät tiedot tukipalveluista ja oman alueen palvelujärjestelmästä. (Suhonen ym. 2004.) Terveystieteiden henkilöstö voi tukea sairastunutta ja hänen omaistaan rohkaisemalla, lohduttamalla ja antamalla käytännönläheistä tietoa arkipäivän ongelmiin. Rohkaisun ja tiedon avulla tuetaan sairastuneen ja omaisen uskoa selviytymiseen ja vahvistetaan luottamusta tulevaisuuteen. (Toljamo ym. 2003; Haapaniemi ym. 2005.)

Hoidonohjauksella voidaan parantaa hoitotuloksia. Suullisen tiedon ja keskustelun lisäksi sairastuessaan potilaan tulisi saada myös kirjallista potilasinformaatiota (Käypä hoito: Parkinsonin tauti, 2015 – Muistisairaudet, 2010 – Epilepsiat, 2014). Neurologisen potilaan ohjauksessa tarvitaan potilaan ja hoitavan tahon kumppanuutta, jotta potilas sitoutuu hoitoon ja hyväksyy oman vastuunsa hoidon toteuttajana. Ymmärrettävä ja riittävä tieto auttaa potilasta tunnistamaan sairauden aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset oireet. Asiallinen tieto poistaa turhia huolenaiheita. Sairauden kanssa selviytyminen edellyttää oppimista elämään uudessa tilanteessa. Olennaista on tukea niitä asioita, jotka toimivat potilaan elämässä hyvin ja vahvistavat hyvinvointia. (Nylén ym. 2009.)

2.2 Hypoteettinen malli ohjauksen laadusta

Viitekehiksenä tässä tutkimuksessa on käytetty Kääriäisen (2007) potilasohjauksen hypoteettista mallia (kuvio 1). Hypoteettisen mallin mukaan ohjauksen laatu on

hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Laadukas ohjaus on toteutettu asian mukaisin resurssein, se on riittävää ja vaikuttavaa. Ohjaus perustuu hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen, jossa potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä yksityisyyden tukeminen edellyttävät hoitohenkilöstöltä työn filosofista pohdintaa. Ammatillinen vastuu vaatii lisäksi työn eettistä pohdintaa. Ammatillinen vastuu edellyttää hoitohenkilöstöltä ohjausvalmiuksia, kuten riittävästi tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä sekä vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. (Kääriäinen 2007: 116 - 117.)



Kuvio 1: Ohjauksen laadun osa-alueet (Kääriäinen 2007)

Potilasohjauksen hypoteettiseen malliin perustuvaa potilasohjauksen laatu- mittaria käytettiin tässä tutkimuksessa. Mittarissa kartoitetaan ohjauksen laatua resurssien,

toteutuksen, riittävyyden, vaikutuksen, kokonaislaadun sekä kehittämisen näkökulmasta. (Kääriäinen 2007.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata neurologisen poliklinikan hoitajan antaman potilasohjauksen laatua potilaiden arvioimana. Tavoitteena oli potilasohjauksen laadun kehittäminen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on ohjauksen laatu neurologian poliklinikalla?
2. Miten potilasohjausta voisi kehittää neurologian poliklinikalla?

4 Tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutettiin lomaketutkimuksena. Kyselylomakkeita jaettiin aikavälillä 20.4.2015 – 30.10.2015. Otos ($n = 100$) kattoi neurologian poliklinikan potilaista ne, jotka neurologin vastaanoton jälkeen saivat hoitajalta ohjausta sairauteensa tai sen hoitoon liittyvissä asioissa, sekä ne potilaat jotka kävivät erillisellä hoitajan vastaanotolla. Kyselylomakkeen antoi potilaalle sairaanhoitaja ohjaustilanteen päätteeksi. Potilaista kahdeksalle kysely postitettiin kotiosoitteeseen, koska kysely oli jäänyt antamatta potilaalle ohjaustilanteen päätteeksi. Näissä tilanteissa kysely postitettiin potilaille vähintään kahden päivän sisällä annetusta ohjauksesta. Näin pyrittiin varmistamaan, että potilaalla oli vielä hyvä muistikuva ohjaustilanteesta.

Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon neurologian poliklinikalla. Poliklinikan toiminta sisältää neurologisten sairauksien diagnostiikkaa ja seuranta. Potilaan ohjaus ja neuvonta tutkimuksista, sairaudesta, tukipalveluista ja itsehoidosta on tärkeä osa

poliklinikan hoitohenkilökunnan toiminnasta. Potilaat saavat ohjausta hoitohenkilökunnalta hoitosuhteensa eri vaiheissa. Potilaat käyvät hoitajan ohjauksessa usein neurologin vastaanoton jälkeen. Poliklinikalla järjestetään myös hoitajan itsenäisiä vastaanottoja potilaille, joiden hoito liittyy Parkinsonin tautiin tai muistisairauteen. Poliklinikalla käyvät potilaat ovat täysi-ikäisiä.

Potilaat vastasivat kyselyyn kirjallisesti ja palauttivat kyselyn postitse tutkijalle. Palautuskuori oli kyselyn liitteenä. Halutessaan potilailla oli mahdollisuus täyttää kysely poliklinikan odotustilassa ja palauttaa se suljetussa kirjekuoressa poliklinikan ilmoittautumiseen. Kyselyyn liitettiin saatekirje (Liite 1), jossa potilaalle kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Saatekirje sisälsi tutkijan yhteystiedot ja potilaalla oli mahdollisuus olla tarvittaessa yhteydessä tutkijaan. Potilaan tuli pystyä täyttämään kysely omatoimisesti tai yhdessä omaisen tai avustajan kanssa.

4.1 Potilasohjauksen laatu - mittari

Tässä tutkimuksessa käytettiin potilasohjauksen laatu- mittarin aivoverenkiertopotilaille modifioitua mallia (Kääriäinen 2007). Kyselylomake sisältää seitsemän taustakysymystä, joista neljä ensimmäistä ovat (sukupuoli, ikä, siviilisääty ja koulutustausta) yhtenäiset alkuperäisen kyselylomakkeen kanssa (Kääriäinen 2007). Taustakysymyksistä kolme modifioitiin tämän tutkimuksen tarkoitukseen sopiviksi. Kysymyksillä kartoitetaan vastaajien työssäkäyntistatusta sekä käynnin syytä poliklinikalla.

Ohjauksen laatua arvioitiin viisiportaisella Likert - asteikolla 1 = ”Täysin samaa mieltä” - 2 = ”Osittain samaa mieltä” - 3 = ”En osaa sanoa” - 4 = ”Osittain eri mieltä” - 5 = ”Täysin eri mieltä”.

Ohjauksen laatua mitataan yhteensä 80 väittämällä, jotka on jaettu neljään ohjauksen laadun osa - alueeseen (Taulukko 1).

Taulukko 1. Mittarin rakenne ja osioiden määrät

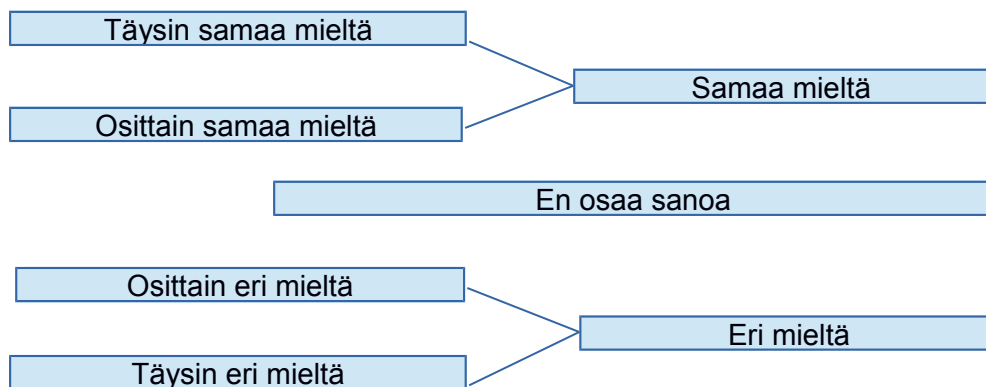
| Ohjauksen laadun osa-alueet | Väittämien määrä (n=80) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Ohjauksen resurssit | 10 |
| Ohjauksen riittävyys | 21 |
| Ohjauksen toteutus | 33 |
| Ohjauksen vaikutukset | 16 |

Lomakkeen lopussa on avoin kysymys, jossa potilailta pyydettiin kehittämis ehdotuksia neurologian poliklinikan hoitohenkilökunnan antamaan potilasohjaukseen.

4.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS - Statitics (versio 22) tilasto-ohjelman avulla. Vastaajat luokiteltiin ikäryhmiin > 59, 60 – 69, 70 - 79, 80 - 89 ja 90 <. Luokittelun tarkoituksena on antaa selkeä kuva vastaajien ikäjakaumasta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään lukuja ja niiden välisiä suhteita. Aineistoa on kuvattu tunnuslukujen avulla. Aineistosta on koottu sijainti-, keski- ja hajontalukuina frekvenssit, keskiarvot, keskiluku ja keskihajonta. (Valli 2015: 77; Vilkkä 2007: 118 - 119; Kananen 2010: 37.) Analysoinnin tavoitteena on saada tietoa muuttujan jakaumasta, sijainnista ja kuinka muuttujat eroavat toisistaan (Vilkkä 2007).

Aineiston analysoinnissa tuloksen selkiyttämiseksi 5 - portainen Likert - asteikko on tiivistetty 3 – portaiseksi (Kuvio 2). Mielipiteet on yhdistetty niin, että ”Täysin samaa mieltä” ja ”Osittain samaa mieltä” on yhdistetty luokaksi ”Samaa mieltä”. ”En osaa sanoa” on pysynyt omana luokkanaan ja ”Osittain eri mieltä” ja ”Täysin eri mieltä” on yhdistetty luokaksi ”Eri mieltä”. (Heikkilä 2010: 161.)



Kuvio 2: Luokkien yhdistäminen

Potilaiden tyytyväisyyttä ohjauksen laatuun tulkitaan keskiarvojen mukaan, mitä pienempi arvo on (asteikolla 1 - 5) sitä tyytyväisempiä potilaat ovat potilasohjauksen laatuun.

Keskihajonnan avulla on kuvattu muuttujien etäisyyttä suhteessa muuttujan keskiarvoon. Keskiluvun (moodi) arvioinnissa on huomioitu mielipideasteikko (Likert - asteikko) viisiportaisena, jolloin kaikki vastausluokat 1- 5 on pystytty havainnoimaan erikseen. Näin on pystytty arvioimaan missä vastausluokassa esiintymistiheys (frekvenssi) on ollut suurin.

Kyselyn lopussa on avoin kysymys, jossa potilailta pyydettiin kehittämissuhteita neurologian poliklinikan hoitohenkilökunnan antamaan potilasohjaukseen. Vastaukset (n = 3) kuvattiin pelkistettyinä ilmaisuina. Potilaiden vastauksista on kuvattu ne jotka ovat liittyneet potilasohjauksen kehittämiseen (Vilkka 2005: 140; Tuomi – Sarajärvi 2013: 91 - 93).

5 Tutkimustulokset

5.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita jaettiin sata kappaletta. Kyselylomakkeita palautui 41. Palautuneista kyselyistä kuusi (6) jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi. Aineisto perustui 35 kyselyyn, vastausprosentin ollessa 35 %.

Potilaista 14 (40 %) oli naisia ja 21 (60 %) miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 74 vuotta (minimi 58 – maksimi 88). Yli puolet potilaista (57 %) oli iältään 70 – 79 vuotta. Vastaajista kolme (3) ei ilmoittanut ikäänsä. Kansakoulu ja opistotason tutkinto olivat koulutustaustoista yleisimpiä. Yli puolet potilaista (n = 20, 57 %) eli avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa ja noin viidennes (n = 8, 23 %) oli eronnut (Taulukko 2).

Yhdeksän (26 %) potilaista oli ensimmäistä kertaa vastaanotolla neurologian poliklinikalla. Vastaajista kahdeksan (23 %) ilmoitti käyntinsä syyksi neurologiseen sairauteen liittyvän kontrollikäynnin. Yksi potilas ilmoitti käyntinsä syyksi voinnin huonontumisen. Vastanneista 15 (43 %) oli käynyt erillisellä hoitajan vastaanotolla (Taulukko 2).

Vajaa puolet potilaista 15 (43 %) oli tullut poliklinikalle muistisairauteen liittyen. Yhdeksän (26 %) potilaista ilmoitti Parkinsonin taudin käyntinsä syyksi. Lisäksi kaksi vastanneista ilmoitti seurannan syyksi Parkinsonin taudin sekä muistisairauden. Yhden potilaan käynti liittyi epilepsian, Parkinsonin ja muistisairauden hoitoon.

Kahdeksalla (23 %) potilaista tutkimukset olivat vielä kesken tai oireiston syy ei ollut vielä selvinnyt. Heistä kaksi ilmoitti tutkimusten liittyvän mahdolliseen muistisairauteen ja yhden potilaan tutkimukset liittyivät Parkinsonin tautiin. Yhden potilaan tutkimukset liittyivät mahdolliseen epilepsiaan. Kahden potilaan tutkimukset olivat vielä kesken ja käynti liittyi sekä epilepsiaan ja muistisairauteen.

Taulukko 2: Vastaajien taustatiedot

| Vastaajien taustatiedot n = 35 | n (%) |
|---|---------|
| Sukupuoli | |
| nainen | 14 (40) |
| mies | 21 (60) |
| Ikä | |
| <59 | 2 (6) |
| 60 - 69 | 4 (11) |
| 70 - 79 | 20 (57) |
| 80 - 89 | 6 (17) |
| Vastaus puuttui | 3 (9) |
| Siviilisäät | |
| Avoliitto | 3 (9) |
| Avoliitto/rekisteröity parisuhde | 20 (57) |
| Eronnut | 8 (23) |
| Leski | 4 (11) |
| Viimeisin koulutus n = 35 | |
| Ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto) | 11 (31) |
| Opistotason tutkinto/alempi korkeakoulututkinto | 10 (29) |
| Koulutason/nuorisosaasteen ammattitutkinto | 1 (3) |
| Ylioppilastutkinto | 1 (3) |
| Kansakoulu ja /tai keksikoulu tai peruskoulu | 12 (34) |
| Elämäntilanne | |
| Työtön | 1 (3) |
| Eläkeläinen | 34 (97) |
| Käynnin syy | |
| Ensimmäinen vastaanotto neurologian poliklinikalla | 9 (26) |
| Neurologiseen sairauteen liittyvä kontrollikäynti | 8 (23) |
| Voinnin huononeminen | 1 (3) |
| Erillinen hoitajan vastaanotto | 15 (43) |
| Vaiva/sairaus | |
| Muistisairaus | 15 (43) |
| Parkinsonin tauti | 9 (26) |
| Parkinsonin tauti ja muistisairaus | 2 (6) |
| Parkinsonin tauti, muistisairaus ja epilepsia | 1 (3) |
| Tutkimukseni ovat vielä kesken, oireistoni syy ei ole vielä selvinnyt | 8 (23) |

5.2 Ohjauksen laatu

Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen kaikilla ohjauksen laadun osa-alueilla; resurssit, riittävyys, toteutus ja vaikutukset (Taulukko 3). Mielipidettä kysyttiin viisiportaisella asteikolla.

Taulukko 3: Summamuuttujien keskiarvo (asteikko 1 - 5)

| Ohjauksen laadun osa-alueet | Summamuuttujien keskiarvo | Keskihajonnan keskiarvo |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Resurssit | 1,2 | 0,37 |
| Riittävyys | 1,3 | 0,62 |
| Toteutus | 1,4 | 0,55 |
| Vaikutukset | 1,3 | 0,61 |

5.2.1 Ohjauksen resurssit

Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen resurssien laatuun. Ohjauksen resurssien summamuuttujan keskiarvo oli 1,2 ja keskihajonnan keskiarvo oli 0,37 (Taulukko 3).

Hoitohenkilökunta asennoitui kaikkien vastanneiden mielestä (100 %) positiivisesti ohjaustilanteeseen. Lähes kaikki potilaista (n = 34, 97 %) arvioivat ohjaukseen käytetyt tilat sopiviksi. Suurimman osan mielestä (n = 34, 97 %) hoitohenkilöstö hallitsi hyvin tiedon jota ohjauksessa tarvittiin, myös yhteistyö hoitohenkilöstön välillä oli (n = 34, 97 %) sujuvaa. Henkilökunnalla oli enemmistön (n = 33, 94 %) mielestä hyvät ohjaustaidot ja ohjaaja osasi huomioida potilaan ohjaustilanteessa yksilöllisesti (n = 32, 91 %). Useat vastanneista (n = 31, 89 %) olivat sitä mieltä, että ohjaustilanteeseen oli varattu riittävästi aikaa ja ohjauksessa käytetty materiaali oli ajantasaista.

Potilaista viidennes (n = 7, 20 %) oli sitä mieltä ettei ohjauksessa hyödynnetty hyödyllistä välineistöä kuten internetiä tai videoita. Lisäksi 40 % potilaista ei osannut sanoa mielipidettään ohjauksessa käytettävään hyödylliseen välineistöön liittyen

(moodi 3). Noin neljäsosa (n = 9, 26 %) vastanneista ei osannut sanoa mielipidettään sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelun ohjauksesta (Taulukko 4).

Taulukko 4: Ohjauksen resurssit

| Väittäjä | Samaa mieltä n (%) | Ei osaa sanoa n (%) | Eri mieltä n (%) | Keskiarvo | Keskihajonta | Keskiluku Moodi |
|--|-----------------------|------------------------|---------------------|-----------|--------------|--------------------|
| Henkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua | 31 (89) | 3 (9) | 1 (3) | 1,14 | 0,43 | 1 |
| Ohjaus toteutettiin sopivissa tiloissa | 34 (97) | | 1 (3) | 1,06 | 0,34 | 1 |
| Ohjauksessa käytettiin ajantasalla olevaa ohjausmateriaalia | 31 (89) | 2 (6) | 2 (6) | 1,17 | 0,51 | 1 |
| Ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä | 14 (40) | 14 (40) | 7 (20) | 1,80 | 0,76 | 3 |
| Ohjaukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa | 34 (97) | 1 (3) | - | 1,03 | 0,17 | 1 |
| Hoitohenkilökunta hallitsi sen tiedon, jota ohjauksessani tarvittiin | 34 (97) | 1 (3) | - | 1,03 | 0,17 | 1 |
| Hoitohenkilökunta osasi ohjata taitavasti minua | 33 (94) | 1 (3) | 1 (3) | 1,09 | 0,37 | 1 |
| Hoitohenkilökunta asennoitui myönteisesti ohjaamiseen | 35 (100) | - | - | 1,00 | 0,00 | 1 |
| Hoitohenkilökunta osasi ohjata minulle sopivalla, henkilökohtaisella tavalla | 32 (91) | 3 (9) | - | 1,09 | 0,28 | 1 |
| Henkilökunta osasi ohjata sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa | 22 (63) | 9 (26) | 4 (11) | 1,49 | 0,70 | 1 |
| Total | 35 | | | | | |

5.2.2 Ohjauksen riittävyys

Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen riittävyyden laatuun. Ohjauksen riittävyyden summamuuttujan keskiarvo oli 1,3 ja keskihajonnan keskiarvo oli 0,62 (Taulukko 3).

Potilaista enemmistö (n = 32, 91 %) koki ohjauksen riittäväksi lääkehoidon, liikunnan (n = 31, 89 %), ravitsemuksen (n = 29, 83 %) ja itsehoidon osalta (n = 27, 77 %). Potilaat

kokivat saaneensa riittävästi ohjausta sairauden oireista (n = 30, 86 %) ja sairauden vaaratekijöistä (n = 28, 80 %). Ohjaus oli monien mielestä riittävää myös sairauden vaikutuksista arkiaskareisiin (n = 27, 77 %), sairauden aiheuttamista rajoituksista (n = 26, 74 %) sekä jatkohoidon osalta (n = 32, 91 %).

Noin viidennes vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus oli riittämätöntä stressin hallintaan (n = 7, 20 %) sekä mahdollisiin lisäsairauksiin (n = 6, 17 %) liittyen. Noin neljäsnes vastaajista ei osannut sanoa oliko ohjaus ollut riittävää tutkimuksista (n = 10, 29 %), kuntoutuspalveluista (n = 9, 26 %), stressin hallinnasta (n = 9, 26 %), mahdollisista lisäsairauksista (n = 10, 29 %) ja sairauden vaikutuksista läheiseen (n = 10, 29 %) (Taulukko 5).

Taulukko 5: Ohjauksen riittävyys

| Väittämä | Samaa mieltä | Ei osaa sanoa | Eri mieltä | Keskiarvo | Keskihajonta | Keksiluku |
|--|--------------|---------------|------------|-----------|--------------|-----------|
| Sain riittävästi ohjausta... | n (%) | n (%) | n (%) | | | Moodi |
| ...sairauden oireista | 30 (86) | 4 (11) | 1 (3) | 1,17 | 0,45 | 1 |
| ...sairauden vaaratekijöistä | 28 (80) | 3 (9) | 4 (11) | 1,31 | 0,68 | 1 |
| ...sairauden kehittymisestä kohdallani tulevaisuudessa | 24 (69) | 7 (20) | 4 (11) | 1,43 | 0,70 | 2 |
| ...lääkehoidon toteutumisesta | 32 (91) | 2 (6) | 1 (3) | 1,11 | 0,40 | 1 |
| ...liikunnasta | 31 (89) | | 4 (11) | 1,23 | 0,65 | 1 |
| ...ruokavaliosta | 29 (83) | 2 (6) | 4 (11) | 1,29 | 0,67 | 1 |
| ...sairauden vaikutuksista arkiaskareisiin | 27 (77) | 5 (14) | 3 (9) | 1,31 | 0,63 | 2 |
| ...sairauden vaatimista rajoituksista | 26 (74) | 5 (14) | 4 (11) | 1,37 | 0,69 | 2 |
| ...tutkimuksista | 22 (63) | 10 (29) | 3 (9) | 1,46 | 0,66 | 1 |
| ...tutkimustulosten merkityksestä hoidossa | 24 (69) | 8 (23) | 3 (9) | 1,40 | 0,65 | 2 |
| ...sairauden vaikutuksista omaisiin/puolisoon | 22 (63) | 10 (29) | 3 (9) | 1,46 | 0,66 | 1 |
| ...omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon | 26 (74) | 7 (20) | 2 (6) | 1,31 | 0,58 | 1 |
| ...henkisestä hyvinvoinnista | 24 (69) | 7 (20) | 2 (6) | 1,43 | 0,70 | 1 |
| ...mahdollisista lisäsairauksista | 19 (54) | 10 (29) | 6 (17) | 1,63 | 0,77 | 2 |
| ...itsehoidosta kotona | 27 (77) | 5 (14) | 3 (9) | 1,31 | 0,63 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---------|--------|--------|------|------|---|
| ...miten jatkokäynnit sairaalassa/vastaanotolla toteutetaan | 32 (91) | 2 (6) | 1 (3) | 1,11 | 0,40 | 1 |
| ...kuntoutuspalveluista | 25 (71) | 9 (26) | 1 (3) | 1,31 | 0,53 | 2 |
| ...sosiaalieluksista | 27 (77) | 7 (20) | 1 (3) | 1,26 | 0,51 | 1 |
| ...tukiryhmistä | 25 (71) | 8 (23) | 2 (6) | 1,34 | 0,59 | 1 |
| ...mihin ottaa yhteyttä jos kotona tulee hoito-ongelmia | 26 (74) | 6 (17) | 3 (9) | 1,34 | 0,64 | 1 |
| ...stressin hallinnasta | 19 (54) | 9 (26) | 7 (20) | 1,66 | 0,80 | 2 |
| Total | 35 | | | | | |

5.2.3 Ohjauksen toteutus

Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen toteutuksen laatuun. Ohjauksen toteutuksen summamuuttujan keskiarvo oli 1,4 ja keskihajonnan keskiarvo oli 0,55 (Taulukko 3).

Kaikki (100 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää ja selkeää kieltä. Lähes kaikki vastaajista (n = 34, 97 %) kokivat ohjausilmapiirin turvalliseksi. Potilailla (n = 34, 97 %) oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja heitä kuunneltiin (n = 33, 94 %) ohjauksen aikana. Monien (n = 28, 80 %) mielestä kohtaaminen oli ohjaustilanteessa arvostavaa ja he saivat perusteluita ohjauksessa käsiteltäviin asioihin (n = 28, 80 %). Ohjaus oli sisällöltään kohdannut monien potilaiden tarpeet (n = 31, 89 %), myös omaisten osallistuminen ohjaustilanteeseen oli toteutunut vastaajien mielestä hyvin (n = 29, 83 %). Ohjauksella oli rohkaistu useimpien vastuunottoa omasta hoidosta (n = 29, 83 %) ja ohjauskerralla käytiin läpi sopiva määrä asioita (n = 30, 86 %).

Hieman alle viidennes vastaajista (n = 6, 17 %) koki, että heidän tunteitaan ei huomioitu ohjauksessa eikä ohjauksessa varmistettu potilaalta ohjattavien asioiden ymmärtämistä. Sama määrä potilaista (n = 6, 17 %) ei myöskään saanut palautetta ohjaustilanteesta, eikä hoitohenkilökunnan edustaja pyytänyt heiltä palautetta ohjauksen päätteeksi. Noin kolmannes (n = 12, 34 %) vastaajista ei osannut sanoa kysyttiinkö heiltä mitä hän tietää ohjattavista asioista ennestään, tuettiin ja

kuunneltiinko potilasta mahdollisten tunteiden osalta, sekä pyydettiin potilaalta palautetta ohjaustilanteen päätteeksi (Taulukko 6).

Taulukko 6: Ohjauksen toteutus

| Väittäjä | Samaa mieltä n (%) | Ei osaa sanoa n (%) | Eri mieltä n (%) | Keskiarvo | Keskihajonta | Keskiluku Moodi |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------|-----------|--------------|--------------------|
| Ohjauksessa käsiteltiin juuri niitä asioita, joita minä tarvitsen | 31 (89) | 3 (9) | 1 (3) | 1,14 | 0,43 | 2 |
| Minulta kysyttiin mitä tiedän ohjattavista asioista entuudestaan. | 19 (54) | 12 (34) | 4 (11) | 1,57 | 0,70 | 2 3 |
| Minua rohkaistiin kysymään ohjaustilanteessa askarruttavia asioita | 24 (69) | 8 (23) | 3 (9) | 1,40 | 0,65 | 1 |
| Minua rohkaistiin esittämään toiveitani ohjauksessa | 21 (60) | 10 (29) | 4 (11) | 1,51 | 0,70 | 1 |
| Omaiseni/puolisoni otettiin halutessani mukaan ohjaustilanteeseen | 29 (83) | 6 (17) | - | 1,17 | 0,38 | 1 |
| Kanssani keskusteltiin, mikä on minulle sopiva tapa muistaa asioita | 24 (69) | 6 (17) | 5 (14) | 1,46 | 0,74 | 1 2 |
| Ohjattavia asioita sovellettiin minun elämään | 21 (60) | 11 (31) | 3 (9) | 1,49 | 0,66 | 2 |
| Tunteeni huomioitiin ohjauksessa | 19 (54) | 10 (29) | 6 (17) | 1,63 | 0,77 | 2 3 |
| Ohjaus toteutui keskustelemalla | 34 (97) | 1 (3) | - | 1,03 | 0,17 | 1 |
| Minulla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä | 34 (97) | 1 (3) | - | 1,03 | 0,17 | 1 |
| Sain ilmaista hoito-ohjeista mielipiteitäni | 27 (77) | 6 (17) | 2 (6) | 1,29 | 0,57 | 1 |
| Ohjaustilanteen ilmapiiri on turvallinen ja avoin | 34 (97) | 1 (3) | - | 1,03 | 0,17 | 1 |
| Ohjauksessa käytettiin selkeää ymmärrettävää kieltä | 35 (100) | - | - | 1,00 | 0,00 | 1 |
| Minua kuunneltiin ohjauksessa | 33 (94) | 2 (6) | - | 1,06 | 0,24 | 1 |
| Keskustelu eteni esiin tuomieni asioiden mukaan | 27 (77) | 6 (17) | 2 (6) | 1,29 | 0,57 | 1 |
| Yhdellä ohjauskerralla käytiin läpi sopiva määrä asioita | 30 (86) | 5 (14) | - | 1,14 | 0,36 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---------|---------|--------|------|------|------------------|
| Keskeiset asiat kerrattiin ohjauksen lopuksi | 26 (74) | 4 (11) | 5 (14) | 1,40 | 0,74 | 1 |
| Minulle esitettiin sellaisia kysymyksiä, että jouduin miettimään elämäni ja sairastumistani | 22 (63) | 8 (23) | 5 (14) | 1,51 | 0,74 | 1 (11) 2 (11) |
| Minua kuunneltiin ja tuettiin, kun tunteeni olivat pinnalla | 21 (60) | 12 (34) | 2 (6) | 1,46 | 0,61 | 3 |
| Minua pidettiin oman elämäni parhaana asiantuntijana | 24 (69) | 10 (29) | 1 (3) | 1,34 | 0,54 | 1 |
| Koin olevani arvostettu ohjaustilanteessa | 28 (80) | 6 (17) | 1 (3) | 1,23 | 0,49 | 1 |
| Minua rohkaistiin ottamaan vastuuta hoidostani | 29 (83) | 5 (14) | 1 (3) | 1,20 | 0,47 | 1 |
| Sain asioihin perusteluja | 28 (80) | 6 (17) | 1 (3) | 1,23 | 0,49 | 1 |
| Keskustelin yhdessä ohjausta antavan henkilön kanssa, mihin ohjauksella pyritään | 24 (69) | 8 (23) | 3 (9) | 1,40 | 0,65 | 1 |
| Sain oman päämääräni/tavoitteeni ohjaukselle | 24 (69) | 9 (26) | 2 (6) | 1,37 | 0,60 | 2 |
| Ohjaukselle asetettiin sairauden hoitoon liittyviä päämääriä/tavoitteita minun kanssani | 28 (80) | 5 (14) | 2 (6) | 1,26 | 0,56 | 1 |
| Asetetut päämäärät/tavoitteet olivat selkeitä ja tiedän käytännön tilanteissa, miten toimia | 28 (80) | 5 (14) | 2 (6) | 1,26 | 0,56 | 1 |
| Ohjauksessa mietittiin, mitkä voisivat olla minulle sopivia päämääriä/tavoitteita, joihin pääsisin melko pian ja sitten myöhemmin | 25 (71) | 7 (20) | 3 (9) | 1,37 | 0,65 | 2 |
| Minulta kysyttiin miten ymmärsin ohjatut asiat | 20 (57) | 9 (26) | 6 (17) | 1,60 | 0,78 | 1 |
| Minulta kysyttiin, miten ohjaus onnistui ja mitä itse opin | 15 (42) | 12 (34) | 8 (23) | 1,80 | 0,80 | 3 |
| Sain toiminnastani palautetta ohjauksessa | 18 (51) | 11 (31) | 6 (17) | 1,66 | 0,77 | 2 3 |
| Minulta kysyttiin, miltä saamani palaute tuntui | 14 (40) | 13 (37) | 8 (23) | 1,83 | 0,79 | 3 |
| Sain antaa ohjausta antavalle palautetta ohjauksesta | 18 (51) | 11 (31) | 6 (17) | 1,66 | 0,77 | 2 |
| Total | 35 | | | | | |

5.2.4 Ohjauksen vaikutukset

Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen vaikutusten laatuun. Ohjauksen vaikutuksen summamuuttujan keskiarvo oli 1,3 ja keskihajonnan keskiarvo oli 0,61 (Taulukko 3).

Useat vastanneista (n = 30, 86 %) kokivat ohjauksen edistäneen heidän tietoa sairaudesta ja asioiden ymmärtämistä (n = 29, 83 %). Useimpien (n = 30, 86 %) mielestä myös omaisten tietoa sairaudesta ja sen hoidosta oli saatu vahvistettua. Ohjaus oli lisännyt potilaiden (n = 28, 80 %) myönteistä asennoitumista elämään ja hoitoon. Ohjauksella oli ollut positiivisia vaikutuksia monien (n = 29, 83 %) itsehoitoon ja (n = 31, 89 %) kotona selviytymiseen. Ohjaus oli lisäksi edistänyt lääkehoidon noudattamista (n = 30, 86 %), terveellistä ruokailua (n = 30, 86 %) ja liikumista (n = 27, 77 %).

Vastanneista neljä (11 %) oli sitä mieltä, että ohjaus ei ollut edistänyt heidän liikuntatottumuksia, hyvinvoinnin tunnetta tai myönteistä asennoitumista elämään (Taulukko 7).

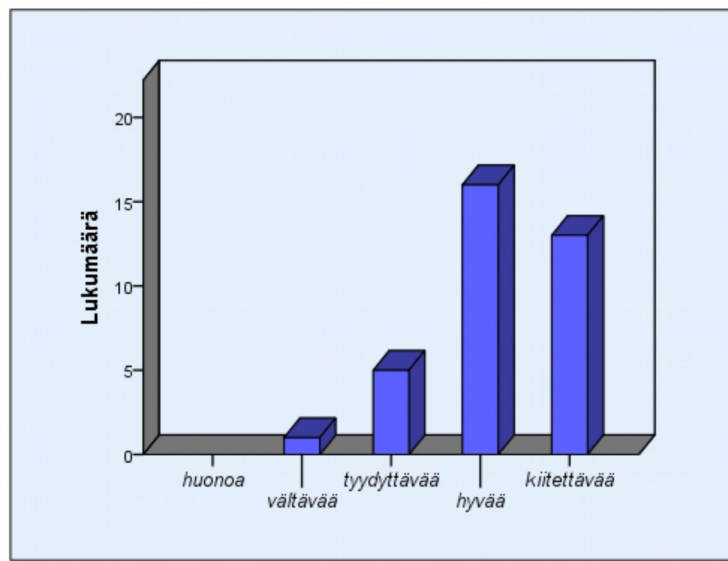
Taulukko 7: Ohjauksen vaikutukset

| Väittäjä | Samaa mieltä | Ei osaa sanoa | Eri mieltä | Keskiarvo | Keskihajonta | Keskiluku |
|---|--------------|---------------|------------|-----------|--------------|-----------|
| Ohjaus on edistänyt... | n (%) | n (%) | n (%) | | | Moodi |
| ...toimintakykyäni | 20 (57) | 13 (37) | 2 (6) | 1,49 | 0,61 | 3 |
| ...terveydentilaani | 18 (51) | 14 (40) | 3 (9) | 1,57 | 0,66 | 3 |
| ...mielialaani | 23 (66) | 7 (20) | 5 (14) | 1,49 | 0,74 | 1 |
| ...hyvinvoinnin tunnettani | 24 (69) | 7 (20) | 4 (11) | 1,43 | 0,70 | 1 2 |
| ...myönteistä asennoitumista elämään ja hoitoon | 28 (80) | 3 (9) | 4 (11) | 1,31 | 0,68 | 1 |
| ...tietoani sairaudesta | 30 (86) | 4 (11) | 1 (3) | 1,17 | 0,45 | 1 |
| ...asioiden ymmärtämistäni | 29 (83) | 4 (11) | 2 (6) | 1,23 | 0,55 | 1 |
| ...pyrkimystäni itseni hoitoon | 29 (83) | 3 (9) | 3 (9) | 1,26 | 0,61 | 1 |
| ...pyrkimystäni selviytymään | 31 (89) | 1 (3) | 3 (9) | 1,20 | 0,58 | 1 |

| | | | | | | |
|--|---------|--------|--------|------|------|---|
| kotona | | | | | | |
| ...omaiseni/puolisoni tietoa sairaudesta ja sen hoidosta | 30 (86) | 3 (9) | 2 (6) | 1,20 | 0,53 | 1 |
| ...lääkehoitoni noudattamista | 30 (86) | 3 (9) | 2 (6) | 1,20 | 0,53 | 1 |
| ...terveellistä ruokailuani | 30 (86) | 2 (6) | 3 (9) | 1,23 | 0,60 | 2 |
| ...liikkumistani/liikuntaharjoitteiden tekemistä | 27 (77) | 4 (11) | 4 (11) | 1,34 | 0,68 | 1 |
| ...osallistumistani hoitoon | 25 (71) | 8 (23) | 2 (6) | 1,34 | 0,59 | 1 |
| ...vastuunottoani sairauden hoidosta | 26 (74) | 7 (20) | 2 (6) | 1,31 | 0,58 | 1 |
| ...tahtooni sitoutua elintapamuutokseen | 24 (69) | 8 (23) | 3 (9) | 1,40 | 0,65 | 1 |
| Total | 35 | | | | | |

5.2.5 Ohjauksen kokonaisarvio

Vastaajia pyydettiin antamaan kokonaisarvio ohjaukselle. Kiitettäväksi ohjauksen arvioi 13, (37 %) vastaajista. Vastaajista hieman alle puolet (n = 16, 46 %) arvioi ohjauksen hyväksi. Viisi (14 %) vastaajista arvioi ohjauksen tyydyttäväksi (Kuvio 3).



Kuvio 3: Ohjauksen kokonaisarvio

5.3 Kehittämisehdotukset

Suoranaisia ohjauksen kehittämisehdotuksia vastauksissa oli kolmen vastaajan osalta. Kehittämisehdotukset liittyivät ohjaustilanteen järjestelyyn, aikatauluun ja ohjauksen sisältöön.

Vastaajista yksi kommentoi ettei tunteisiin, pelkoihin ja sairauden tuomiin ahdistaviin kokemuksiin ehditty ohjauksessa kiinnittää huomiota. Vastaaja arvio yhden ohjauskerran olevan riittämätön tämä kaltaisten asioiden käsittelemiseen. Vastaaja koki ohjauskerran sisällöltään muutoin kuitenkin riittäväksi. Ohjaus oli kestänyt tunnin ja tämä tuntui vastaajasta ajallisesti riittävän pitkältä ajalta. Vastaaja pohti toisen ohjauskerran tarpeellisuutta, jolloin puuttuviin asioihin voitaisiin syventyä enemmän.

Kehitysehdotuksissa pohdittiin myös vastaanoton järjestämiseen liittyviä asioita. Potilaan olisi tärkeää saada olla myös yksin hoitajan vastaanotolla ilman omaista, jolloin arkaluonteisista asioista olisi helpompi puhua. Toisaalta taas toivottiin että omaishoitajana olisi hyvä keskustella hoitajan kanssa myös kahden kesken, jolloin voisi

puhua avoimesti potilaan sairauden tuomista vaikeuksista potilasta loukkaamatta. Yksi vastaajista painotti aikataulussa pysymisen tärkeyttä, koska vastaanoton aloitus oli viivästynyt.

6 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimukselle on saatu asianmukaiset tutkimusluvut työyksikön johtajalääkäriltä 13.3.2015. Mittarin käytölle on saatu asianmukainen lupa mittarin tekijänoikeuksien haltijalta.

Tutkimuksen teossa eettiset kysymykset ovat keskeisiä tutkimusaiheen valinnasta aina tutkimustulosten julkistamiseen asti (Burns & Grove 2005: 176). Tutkimuksen eettinen toteutus vaatii asiantuntemusta ja sitoutumista, rehellisyyttä sekä korkeaa moraaliala (Burns ym. 2009: 184). Yksittäinen henkilö ei saa olla tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkijan tulee esittää tutkimustulokset niin ettei yksittäisen henkilön vastauksia pystytä erottamaan. (Burns & Grove 2005: 188 - 189.)

Osallistuneiden anonymiys säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Hoitajat kertoivat potilaille tutkimuksen tarkoituksesta ohjaustilanteen päätteeksi ja tiedustelivat heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavia informoitiin kirjallisesti tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tutkittavien oikeuksista. Kyselylomakkeen saatekirjeessä korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista ja vapaaehtoista. Saatekirjeessä mainittiin lisäksi, että potilaiden vastauksilla tai tutkimuksesta kieltäytymisellä ei ole vaikutusta potilaan hoitoon. Potilaat vastasivat kyselylomakkeeseen nimettöminä eikä vastaajia voinut tunnistaa aineistosta. Kyselykaavakkeen saatekirjeessä pyrittiin painottamaan kyselyn tärkeyttä hoitotyön ohjauskäytänteiden kehittämisessä. Lisäksi vastaajien oli mahdollista ottaa tutkijaan yhteyttä, mahdollisten kysymysten syntyessä. Tätä mahdollisuutta kyselyyn osallistujat eivät kuitenkaan käyttäneet. Tutkimuksen eettisyys varmistettiin kysymyksillä, jotka eivät loukanneet vastaajia. Tutkimukseen

osallistumisen suostumukseksi katsottiin lomakkeen täyttäminen ja palauttaminen (ETENE 9.4.1999/488, luku 2; 6 §).

7 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten analysoinnin osalta (Burns - Grove 2001). Tutkimuksen luotettavuutta parantaa mittarin oikea valinta ja sen soveltuvuus kyseisen mittauskohteen mittaamiseen (Valli 2015: 139). Tutkimukseen valittu mittaria on aiemmin käytetty laajasti eri potilasryhmillä useissa tutkimuksissa mm. Kaakinen (2013) pitkäaikaissairailta, Korhonen (2012) tyypin 1 diabeetikoilla, Ervasti (2011) päiväkirurgisilla potilailla polvi- ja olkaniveltähystykseen liittyen. Kääriäinen (2011) reumapotilailla, Lepistö (2010) imettävien äitien ohjaksen laatua kartoittaessaan, Koivisto (2013) opinnäytetyössään tahdistinpotilailla, Welling (2010) opinnäytetyössään kosketuseristyksessä hoidettavilla potilailla, Isola (2007) iäkkäillä, sekä Nilson (2012) hyödynsi opinnäytetyössään mittarin osa-alueita raskausdiabetekseen sairastuneiden naisten ohjauksen laatua tutkiessaan.

Mittarin luotettavuutta on arvioitu monin eri menetelmin (taulukko 8). Mittarin sisältö- ja rakennevaliditeetti sekä sisäinen johdonmukaisuus on varmistettu aikaisemmissa tutkimuksissa. Sitä on pidetty hyvänä niin sisällöllisesti, rakenteeltaan kuin sisäisen johdonmukaisuuden osalta.

Taulukko 8: Mittarin luotettavuus (Kääriäinen 2007: 57 - 58)

| Mittarin luotettavuus | Menetelmä |
|---------------------------------|--|
| <i>Sisäinen validiteetti</i> | |
| Sisältövaliditeetti | Aikaisempien tutkimusten ja mittareiden analyysi, asiantuntijapaneelit, asiantuntija-arviot |
| Face - validiteetti | Asiantuntia arviot, asiantuntijapaneelit |
| Rakenne- eli käsitevaliditeetti | Pääkomponenttianalyysi, Varimaxraatio Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerroin Spearmanin korrelaatiokerroin |
| <i>Reliabiliteetti</i> | |
| Sisäinen johdonmukaisuus | Cronbachin alpha-kerroin Osioanalyysi (osiosummakorrelaatiot, osioiden väliset, korrelaatiot) |

Havaintoyksiköiden kaikkia muuttujia koskevien tietojen kirjaamisessa on noudatettu huolellisuutta ja kaksoistarkistusta. Tutkimus on toteutettu tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Vilkkä 2007).

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhdestä organisaatiosta ja tutkimusaineisto jäi pieneksi alhaisen vastausprosentin vuoksi. Tutkimuksen tuloksia ei voida näin ollen yleistää, vaan ne ovat suuntaa antavia. Tutkimustulokset antavat viitteitä potilaiden käsityksestä saamastaan ohjauksen laadusta neurologian poliklinikalla. Alhaiseen vastausprosenttiin vaikutti mahdollisesti kyselykaavakkeen laajuus, vastaajien korkea ikä ja terveydentila, mahdolliset muistiongelmien sekä kognitiiviset vaikeudet. Lisäksi tutkimusaiheen hahmottaminen on voinut olla osalle potilaista vaikeaa.

Potilaista yksi vastasi kyselyyn poliklinikalla. Muut vastasivat kyselyyn kotona. Mahdollista on myös että joku muu on vastannut kyselyyn potilaan puolesta. Potilailta ei kerätty tunnistetietoja, eivätkä potilaat olleet tunnistettavissa vastauksista. Tämä osaltaan esti uusintakyselyn suorittamisen.

8 Pohdinta

Potilasohjauksen laadun kartoittaminen on tarpeellista. Tutkimuksella on saatu tärkeää tietoa potilasohjauksesta neurologian poliklinikan hoitajan vastaanotolla. Potilaslähtöinen toiminnan arviointi on tärkeää.

Kokonaisuudessaan tutkimukseen osallistuneet potilaat (N=35) arvioivat hoitajan antaman potilasohjauksen laadultaan hyväksi. Vaikka tutkimuksen vastausprosentti jäi alhaiseksi saatiin mittarin laajuuden vuoksi arvokasta tietoa potilasohjauksen laadusta potilaiden kokemana. Potilasohjauksen laatua on tutkittu paljon myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä hoitotyön toiminnoista, kyseessä on siis yksi keskeisistä tutkimusalueista hoitotyön alalla.

Potilaat arvioivat potilasohjauksen resurssit neurologian poliklinikalla hyväksi. Ohjauksen asianmukainen resurssointi on tärkeää, näin saadaan edellytykset potilaslähtöiseen, vuorovaikutteisesti rakennettuun, aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan (Kääriäinen 2008). Hoitohenkilökunnan asennoituminen ohjaustilanteeseen oli positiivinen. Lisäksi ohjaukseen käytetyt tilat olivat asianmukaiset. Ohjaukseen käytetty aika oli riittävän pitkä ja käytetty kirjallinen ohjausmateriaali oli ajantasaista. Potilaiden mielestä hoitohenkilökunta omasi hyvät ohjaustaidot ja hallitsi hyvin tiedon jota ohjauksessa tarvittiin. Lisäksi yhteistyö hoitohenkilökunnan kesken oli toimivaa. Aikaisemmat tutkimukset tukevat näitä tuloksia. (Kaakinen 2013; Härkönen - Suominen - Kankkunen - Renholm - Kärkkäinen 2007; Kääriäinen ym. 2005b.)

Vastanneista viidennes arvioi että ohjauksessa ei käytetty hyödyllistä välineistöä kuten internetiä tai videoita. Tulevaisuudessa voisi olla hyödyllistä kehittää ja arvioida suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalle verkkopohjaisia ohjaussivustoja potilaiden ja omaisten ohjauksen tueksi. Verkkopohjainen materiaali mahdollistaisi ohjausmateriaalin hyödyntämisen paikasta ja ajasta riippumatta omien yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Eloranta ym. 2015.)

Potilaat arvioivat ohjauksen riittäväksi. Ohjaus oli riittävä sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa, myös aikaisemmissa tutkimuksissa ohjauksen riittävyttä on arvioitu hyväksi (Kääriäinen ym. 2005b). Potilaat saivat riittävästi ohjausta lääkehoitoon, ravitsemukseen ja liikuntaan liittyen. Sairauden oireista ja vaikutuksista arkeen ja mahdollisista rajoituksista oli myös saatu ohjausta riittävästi. Jatkohoitoon liittyviä asioita oli käsitelty ohjauksessa hyvin. Viidennes vastanneista oli sitä mieltä että ohjaus oli riittämätöntä stressin hallintaan liittyen. Sairastuminen ja pitkäaikaissairauden kanssa eläminen voi lisätä potilaan stressiä. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet tunnistaa stressiä sekä tiedot ja taidot stressin hallintaan liittyen voivat olla rajalliset. Mahdollisen stressin tunnistaminen ja stressin hallintaan liittyvän tuen antaminen olisi varmasti potilaille hyödyllistä.

Ohjauksen toteutus arvioitiin hyväksi. Ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää, ohjaustilanne oli luottamuksellinen ja turvallinen, näin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Härkönen ym. 2007). Potilaat arvioivat ohjauksen olleen potilaslähtöistä ja ilmapiirin hyväksi, potilailla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjauksen aikana (Kääriäinen ym. 2005b).

Hieman alle viidennes vastaajista koki, että heidän tunteitaan ei huomioitu ohjauksessa eikä ohjauksessa varmistettu potilaalta ohjattavien asioiden ymmärtämistä. Sama määrä potilaista ei myöskään saanut palautetta ohjaustilanteesta eikä hoitohenkilökunnan edustaja pyytänyt heiltä palautetta ohjauksen päätteeksi. Vaikka potilaslähtöisyyden arvioitiin toteutuneen ohjauksessa. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen ohjaustilanteen päätteeksi ei aina toteutunut.

Ohjauksen vaikutukset arvioitiin hyviksi. Ohjauksella oli positiivinen vaikutus potilaiden itsehoitoon ja asenteisiin. Ohjauksella oli pystytty edistämään potilaiden myönteistä asennoitumista elämään (Kääriäinen ym. 2005b) ja vahvistamaan kotona selviytymistä, lääkehoitoa ja ruokailua. Aikaisemmat tutkimukset tukeva tulosta (Kaakinen 2013).

Potilaista osa ei osannut ilmaista mielipidettään joihinkin kysymyksiin, valiten vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Potilasohjauksen riittävyyden osalta noin neljännes vastaajista valitsi vastausvaihtoehdoksi ”en osaa sanoa” kysymyksissä jotka liittyivät ohjaukseen tutkimuksiin liittyen, sairauden vaikutuksista läheisiin, mahdollisista lisäsairauksista sekä kuntoutuspalveluihin ja stressin hallintaan liittyen. Ohjauksen toteutuksen osalta kolmannes vastaajista valitsi vastausvaihtoehdoista ”en osaa sanoa” kysymyksissä, kysyttiin potilaalta mitä hän tietää ohjattavista asioista ennestään, tuettiin ja kuunneltiin potilasta mahdollisten tunteiden osalta sekä pyydettiin potilaalta palautetta ohjaustilanteen päätteeksi ja varmistettiin ohjauksessa opitut asiat. Ohjauksen vaikutuksiin liittyen 40% vastaajista valitsi vastausvaihtoehdoksi ”en osaa sanoa” kysymyksessä onko ohjaus edistänyt terveydentilaani. Lisäksi viides vastaajista valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” liittyen kysymyksiin onko ohjaus edistänyt mielialaani, hyvinvointini tunnetta, osallistumistani hoitooni, vastuunottoani sairauden hoidosta ja tahtoani sitoutua elintapamuutoksiin.

Kaikkien näiden muuttujien osalta kokonaisarvio ohjauksesta oli kuitenkin hyvä tai erittäin hyvä. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi merkitä monenlaisia asioita. Henkilö saattaa vastata näin muun muassa seuraavista syistä. Vastaajalla ei mahdollisesti ole asiaa koskevaa tietoa, tai hänellä on tieto, mutta hän ei osaa tai halua muodostaa asiasta omaa mielipidettä. On myös mahdollista ettei vastaaja viitsi vastaustilanteessa vaivautua pohtimaan vastausvaihtoehtoja. Kysytty asia voi olla vastaajalle vaikea tai hän ei ole ymmärtänyt kysymystä. Analyysivaiheessa on vaikea sanoa, mistä syystä vastaaja on päätenyt kohtaan ”en osaa sanoa”. (Vilkkä 2007.)

Tulevaisuudessa ohjauksen tarve kasvaa, potilaat ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan ja sairaudestaan sekä sen hoidosta. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen tarve korostuu ja potilasohjaukseen käytettävä aika tulee resurssoinnin ja potilasmäärien kasvun vuoksi lyhenemään. (Lipponen 2014 : 17.) Potilasohjauksen kehittämistarpeita ovat potilasohjauksen toimintaedellytysten kehittäminen johon katsotaan sisältyvän hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, aika-, tila- ja henkilöstöresurssit

sekä ohjausmateriaali, potilaslähtöinen toiminta, koulutus ja perehdytys sekä yhteistyö ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä (Lipponen 2014: 61; Kääriäinen 2007).

Potilaiden tiedot ja oppimisen tarpeet ovat moninaiset. Tulevaisuudessa tulisi etsiä keinoja nimenomaan potilaiden oppimistarpeen kartoittamiseen. Potilasopetus ja sen kehittäminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. (Johansson ym. 2001: 54 - 55.) Tulevaisuudessa tarvitaan innovatiivisia ratkaisuja turvaamaan ohjauksen riittävä laatu (Kaakinen 2013: 65).

Potilasohjauksen kehittämisessä on keskeistä tunnistaa, mistä ohjauksessa on pohjimmiltaan kyse (Kääriäinen 2008). Keskiössä on erityisesti eri ammattiryhmien välisen yhteistyön tehostaminen sekä ohjausvastuun jakaminen ja ohjauskäytänteiden yhtenäistäminen (Kääriäinen 2007). Potilasohjauksen laadukkaan toteutumisen turvaamiseksi ja jatkuvuuden takaamiseksi tarvittaisiin yhtenäistä käsitteistöä ja rakennetta ohjauksen kirjaamiseen (Kaakinen - Kääriäinen - Kyngäs 2014). Ohjauskäytänteiden ja kirjaamisen yhtenäistäminen poistaisi päällekkäisyyksiä ja epätietoisuutta potilaan jo aikaisemmin saamasta ohjauksesta (Kääriäinen 2007). Olennaista on ohjauksen laadun määrittelemisen, kriteereiden yhtenäistäminen ja toteutumisen arviointi. Ohjauksen laadun yhtenä kehittämistyön alueena nähdään kansallisella tasolla valmisteilla olevat hoitotyön suositukset. (Kääriäinen 2007: 123.)

Tutkimus on antanut tärkeää ajantasaista tietoa neurologian poliklinikan potilasohjauksen laadusta. Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä kartoittaa internetin käytön mahdollisuuksia neurologisen potilaan ohjauksen tukena. Lisäksi olisi hyödyllistä kartoittaa hoitohenkilökunnan valmiuksia ajantasaisen näyttöön perustuvan ohjausmateriaalin etsimiseen internetistä ja hoitohenkilökunnan koulutuksen tarpeita tiedon hankintaan liittyen. Palautteen antaminen ja saaminen ohjaustilanteessa olisi tärkeää. Palautteen pohjalta ohjauksen potilaslähtöisyyttä ja sisältöä voidaan kehittää. Tutkimus osoittaa potilasohjauksen tarpeellisuuden ja käytännön hyödyt potilaan arjessa. Ohjauksella voidaan vahvistaa potilaan elämänhallinnan tunnetta monin tavoin.

Lähteet

Burns Nancy - Grove Susan K. 2009. The Practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. Sixth edition. Saunders elsevier. St. Luis. Missouri.

Eloranta Sini - Leino-Kilpi Helena - Katajisto Jouko - Valkeapää Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö Vol.13(1), 2015.

Eloranta Tuija - Virkki Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki 2011.

Ervasti H. 2011. Päiväkirurgisten polvi- ja olkaniveltähystys potilaiden hoidon ohjauksen laatu sairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Oulun yliopiston, Terveystieteidenlaitos, Oulu.

ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. <<http://etene.fi/etusivu>> Luettu 5.5.2015.

Haapaniemi Hannele - Leino Pirjo - Routasalo Pirkko 2005. Parkinsonin tautiin sairastuneen ja hänen omaisensa kokemuksia sairauden eri vaiheissa. Hoitotiede Vol.17, no 6/-05.

Hallikainen Merja - Mökäre Riitta - Nukari Toini - Forder Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim, Boowell Oy, Porvoo 2014.

Heikkilä Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki 2010.

Heino Hanna - Suhonen Riitta - Leino-Kilpi Helena 2013. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta

ohjauksesta. Teoksessa Hupli ym. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A63. Juvens Print 2012.

Härkönen Eeva - Suominen Tarja - Kankkunen Päivi - Renholm Marja - Kärkkäinen Oili 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä, potilaiden kuvaus tyytyväisyydestä. Tutkiva hoitotyö Vol.5(1), 2007.

Isola Arja - Backman Kaisa - Saarnio Reetta - Kääriäinen Maria - Kyngäs Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede Vol.19 no 2/07.

Johansson Kirsi - Lehtikunnas Tuija - Leino-Kilpi Helena - Salanterä Sanna - Ahonen Pia - Elomaa Leena - Iire Liisa - Moisander Marja-Liisa - Paltta Hannele - Pietilä Satu - Pulkkinen Marja-Leena 2001. Potilasopetus pontevasti paremmaksi - potilas opetusta kehittävän hankkeen lähtökohdat ja perustietoa kartoitusvaiheen tuloksista. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja 2001.

Johansson Kirsi 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Turun yliopiston julkaisuja. Turku 2006.

Kaakinen Pirjo 2013. Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Juvenis print, Tampere 2013.

Kaakinen Pirjo - Kääriäinen Maria - Kyngäs Helvi 2014. Pitkääikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva Hoitotyö Vol.12(1), 2014.

Kajula Outi - Kääriäinen Maria - Moilanen Jukka S. - Kyngäs Helvi 2015. The Quality of Genetic Counseling and Connected Factors as Evaluated by Male BRCA1/2 Mutation Carriers.

Karhunen Ville - Rasi Ilkka - Lepola Esa - Muhli Arto - Kanninen Aila 2011. IBM SPSS Statistics, Perusteet. Oulun yliopisto, Uniprint Oy 2011.

Koivisto Eeva-Liisa 2013, Työikäisten tahdistinpotilaiden ohjauksen laatu potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö, Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Konsell Outi, Leino-Kilpi Helena 2004. Psykiatrisen potilaan tiedonsaanti kriisiosastolla. Teoksessa Hupli Maija, Potilasohjauksen ulottuvuudet, Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004.

Kyngäs Helvi - Kukkurainen Marja Leena - Mäkeläinen Paula, 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede Vol.16 no 5/-04.

Kääriäinen Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun University press, Oulu 2007.

Kääriäinen Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö Vol.6(4), 2008.

Kääriäinen Maria - Kyngäs Helmi 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus - käsitteestä hoitotieteestä. Hoitotiede Vol.17 no 5/-05 s. 250 – 257.

Kääriäinen Maria - Kyngäs Helvi - Ukkola Liisa - Torppa Kaarina 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö Vol.3(1) 2005.

Käypä hoito, Käypä hoito, Parkinsonin tauti, 2015 – Muistisairaudet, 2010 – Epilepsiat, 2014, Duodecim. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>> Luettu 10.11.2015.

Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 5.9.2015.

Leino-Kilpi Helena - Kilpi Kati 2013. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Hupli Maija - Rankinen Sirkku - Virtanen Heli (toim.) Turun yliopiston julkaisuja ja raportteja 2012.

Lepistö M. 2010. Äitien kuvauksia sairaalan imetysohjausryhmästä. Pro tutkielma. Itä – Suomen yliopisto Hoitotieteen laitos, Kuopio.

Lipponen Kaija - Kyngäs Helvi - Kääriäinen Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Lipponen Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto 2014

Lipponen Kaija 2011. KASTE, Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen – osahanke (VeTePO). Yhteenvetoraportti.

Lipponen Kaija - Ukkola Liisa - Kanste Outi - Kyngäs Helvi 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön tuotettu potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu 2008.

Makkonen Anne - Hupli Maija - Suhonen Riitta 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Hoitotiede 2010, 22(2), 129 - 140.

Muijs Daniel 2011. Doing quantitative research in education with spss. SAGE Publications Ltd, 2011.

Nilson Liisa 2012. Raskausdiabetekseen sairastuneiden naisten ohjaus erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Nylén Marja - Tervonen Sari 2009. Hoidonohjauksen ja kuntoutuksen merkitys epilepsiapotilaan kannalta. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2009; 125(22): 2543 - 51

Suhonen Riitta - Österberg Kari - Välimäki Maritta 2005. Polikliinisen hoidon laatu-potilaan näkökulma. Tutkiva hoitotyö Vol.2(3) 2004.

Sulkava Raimo 2010. Geriatria, Vanhusten sairaanhoidon erityispiirteitä, Muistisairaudet. Duodecim, oppikirjat. Oppiportti. Luettu 20.11.2015.

Toijamo Maisa - Hentinen Maija - Jämsä Toini - Heikkinen Tuula - Hiltunen Anneli - Järvinen Leena 2003. Parkinsonin tautia sairastavien elämänlaatu. Hoitotiede Vol.15, no 6/-03.

Tuomi Jouni - Sarajärvi Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hansaprint Oy, Vantaa 2013.

Valli Raine 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen, Bookwell Oy, Juva.

Vihijärvi Sari - Koivula Meeri - Åstedt-Kurki Päivi 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö, Vol.6 (4) 2008.

Vilkka Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2005.

Vilkka Hanna 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2007.

Liite 1

Hyvä potilas,

Xxxxxxxxxx neurologian poliklinikalla kehittämme aktiivisesti potilaan saamaa ohjausta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on **kuvata ohjauksen laatua potilaiden arvioimana**. Olemme kiinnostuneita siitä, **minkälaista hoitajan antamaa ohjausta Te saatte, neurologian poliklinikalla käydessänne**.

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn, koska Teidän mielipiteenne on meille tärkeä. Aikaa lomakkeen täyttämiseen kuluu noin 15 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä Teidän henkilöllisyyttänne voida tunnistaa vastauksenne perusteella. Vastauksenne eivät myöskään vaikuta hoitoon.

Vaikka vastaaminen on vapaaehtoista, toivomme Teidän täyttävän kyselylomakkeen ja palauttavan sen postitse palautuskuoressa poliklinikalle. Halutessanne voitte täyttää kyselyn myös poliklinikan odotustiloissa ja palauttaa suljetussa kirjekuoressa ilmoittautumiseen. Lisätietoja tutkimuksesta antaa tarvittaessa sairaanhoitajan Mari Kemppainen puh. xxxxxx klo 8 - 15 ma - pe

Yhteistyöstänne kiittäen
Mari Kemppainen, sairaanhoitaja
Neurologian poliklinikka